



SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE CENTROS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD AUTONOMA DE EXTREMADURA

A. Datos de la entidad titular que presenta la solicitud

Nombre de la entidad							
NIF/ CIF				Anagrama o nombre en siglas.			
Dirección	Tipo de vía		Nombre de vía			Nº	
Bloque		Escalera		Piso		Puerta	C:P.
Municipio				Provincia			
Teléfono móvil				Fax			Teléfono Fijo
Correo electrónico							
Datos de la persona representante de la entidad titular							
Nombre			Apellidos				
NIF			Cargo o relación con la entidad				

B. Datos del centro para el que se presenta la solicitud:

Nombre del centro							
Dirección	Tipo de vía		Nombre de vía			Nº	
Municipio				Provincia			
Teléfono móvil				Fax			Teléfono Fijo
Correo electrónico							
Servicios autorizados en el centro:				PERSONAS MAYORES EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA			
<input type="checkbox"/> Servicio de atención residencial			PLAZAS			
<input type="checkbox"/> Servicio de Centro de día			PLAZAS			
<input type="checkbox"/> Servicio de Centro de noche			PLAZAS			
Fecha de la resolución de autorización de funcionamiento del centro:							
Acreditación provisional		Si <input type="checkbox"/> fecha de resolución: __/__/20__			No <input type="checkbox"/>		

C. Documentación acreditativa de requisitos y condiciones exigidas para la acreditación.

La Consejería competente en materia de servicios sociales consultará, por medios electrónicos, los siguientes documentos, excepto que expresamente desautorice la consulta (*)	No autorizo la consulta y apporto documento	
1. Certificado de estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias	<input type="checkbox"/>	
2. Certificado de estar al corriente en el cumplimiento frente a la seguridad social.	<input type="checkbox"/>	
3. Certificado de no tener deudas con la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura.	<input type="checkbox"/>	

(*) En aplicación del artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones.

1. <input type="checkbox"/>	Plan de Gestión de Calidad, que incluya el mapa de procesos, procedimientos y protocolos de actuación, referidos al usuario y a la familia, a los servicios, a los recursos humanos, e indicadores mínimos asociados.
2. <input type="checkbox"/>	Carta de Servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso.
3. <input type="checkbox"/>	Plan de Atención individualizado (PAI): documentación referida al usuario, que recoja los objetivos, plan de trabajo interdisciplinar e intervenciones, así como la evaluación de los resultados en cuanto a mejora de su calidad de vida.
4. <input type="checkbox"/>	Listado de protocolos de actuación si no van incluidos en el plan de gestión de calidad .
5. <input type="checkbox"/>	Ratios globales y de las distintas categorías laborales contratadas para el servicio.
6. <input type="checkbox"/>	Tarifa de precios (**)
7. <input type="checkbox"/>	Modelo/s de contrato para la prestación de servicio/s(**)

(**) La documentación reguladora (modelo de contrato y tarifa de precios del año en curso) debe ser acorde con normativa vigente.

Así mismo, con el presente documento, se acepta el compromiso del cumplimiento de los requisitos de calidad referidos a las condiciones materiales, funcionales y de personal (formación y ratio establecida), según se establezcan en la normativa de estándares de calidad para la acreditación de los servicios dirigidos a la atención de personas en situación de dependencia según lo establecido en la Resolución de 2 de diciembre de 2008 de la Secretaría de Estado de Políticas Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como en su normativa en desarrollo.

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, se informa que los datos de carácter personal contenidos en este impreso o cualquier otro dato que se requiera en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la referida Ley y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y supresión de datos ante la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Av. de las Américas, 2, 06800 Mérida, Badajoz.

En _____, a _____ de _____ de _____.

Firma y sello (entidad titular)

Dirijan la Solicitud a:
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales.
SEPAD
Unidad de Gestión de Control de la Actividad Asistencial y Sistemas de Información (3ª planta)
Avda. de las Américas nº 4
C.P. 06800 Mérida (Badajoz)
Teléfonos de Información: 924008549/924930233